Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



Avis de non-responsabilité



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple " cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie.
veillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Addict°

I/ Définit°:

- addict° vient du mot latin "ad - dicere" : exprime absence d'indépendance et de liberté = "esclavage"
- elle se caractérise par :
  - perte de contrôle : impossibilité répétée de contrôler un comportemt.
  - poursuite du comportemt en dépit de connaissance de ses conséq négatives.
  - ce comportemt vise à produire du plaisir ou à écarter ss° de malaise interne.

- les subst psychoactives à risque de dépendance (Alcool, Tabac, drogues, ...) agisst sur circuit de récompense du cerveau

elles le sollicitent anormalemt → déséquilibre permanent.

(+) consomme produit à doses toxiques ⇐> (+) subit conséq

(−) consomme poduit / on consomme à doses nn toxiques ⇐> (−) subit conséq

II/ Dc (+) :

- les troubles addictifs regroupent : alcoolisme, toxicomanie, tabagisme, comportemt (jeu, internet, ...)

⚠ - Dépendance = Ensemble de phénomènes comportemt + cognitifs + physiologiques survenant à la suite d'une consommat° répétée de subst psychoactive.

+ : - désir puissant à prendre subst.
  - difficultés à contrôler consommat°
  - poursuite de consommat° malgrés cq nocives
  - désinvestisst progressif des autres activités au profit de cette subst.
  - tolérance ↑↑ + Σd sevrage physique

- Tolérance = usage répété d'une subst → ↓ ses effets + ↑ doses pour atteindre effet désiré.

- Σd sevrage = ensemble de symptômes provoqués par arrêt brusque de consommat° d'une subst psychotrope

⇒ engle symptômes ≠ symptômes d'intoxicat° avec subst.

Selon DSM V → Dc ⊕ si ≥ 2 critères ds 12 mois :

1. besoin impérieux + irrépressible de consommer subst / de jouer
2. Perte de contrôle pour quantité + tps dédié à la prise subst / jeu.
3. beaucoup de tps consacré à recherche subst / jeu.
4. ↑ tolérance au produit addictif
5. ∃ Σ^{d} sevrage
6. incapacité à remplir des obligat° imp scolaires + prof°
7. usage m̂ lorsqu'il y a un risque physique
8. Problèmes personnels / sociaux
9. Désirs / efforts persistants pour ↓ dose / activité.
10. activité réduite au profit de la consommat° du produit / jeu.
11. poursuite de la consommat° malgré dégâts physiques / psychologiques.

- Score 2-3 → addict° légère
- " 4-5 → " modérée.
- " ≥ 6 → " sévère.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux





Les autismes

I - Généralités / Définit°:

L'autisme est une pathologie psychiatrique infantile fréquente, tjrs méconnue.

elle vient du mot grec "otos" qui signifie : repli sur soi m̂ (isolemt mental).

C'est l'incapacité d'établir une relat° sociale avec les autres

II - intérêt de la question : Problème de santé publique.

- fréquente en Algérie : 1 cas / 300 naissances.
- ubiquitaire
- Dc tjrs méconnu en Algérie ⇒ Diagnostiquée souvent tardivemt après survenue de complicat° grave : retard mental au début réversible puis à 5 ans : irréversible.
- Dc précoce (2 ans) + PEC adéquate ⇒ guérison + possibilité de scolarité n/e + bon développt P.M

III - Epidémiologie :

- ubiquitaire, fréquente
- en Algérie 1 cas / 300 naissances ⇒ total : 400.000 cas non soignés.
- 4 garçons pour une fille (prédominence masculine).

IV - Définit° clinique :

Critères de Léo Kanner : 1943 **Critères majeurs :**

① tendance à l'isolemt.
② trbles du langage : abscence totale ou partielle du language.
③ Stéréotypiés gestuelles.
④ refus du changemt : résistance au changemt
⑤ trbles de communicat°.

Critères mineurs :

⑥ l'Ⓔ incapable de jouer "le faire samblant"
⑦ regard périphérique
⑧ abscence du pointing (peintage : ne désigne pas du doigt ce qu'il désire)

⚠
- Dc de certitude dès l'âge de 2 ans
- le Dc ⊕ ne peut pas être posé avt âge de 18 mois : abscence de développt psychomoteur complet à cet âge

V- Clinique : TDD : tableau complet à 2 ans :

- trbles alimentaires séléctifs (E ne mange pas les liquides / les solides).
- trbles du langage +++ ⇒ le motif de 1e consultⁿ : langage pauvre par rapport à âge
  totale / partiel : écholalie : répète les mots des autres
  expression / compréhension : Palilalie : " ses propres mots.
- E téléphage ; jeu pauvre, stéréotypé, non symbolique, ∅ jeu interractif
- E passif, h tonique, silencieux, ne s'amuse pas, inhibé
- tendance à l'isolemt, ignore les autres : "E ds une bulle".
- problème de communicatⁿ, altératⁿ de l'interractⁿ : ∅ réponse à l'appel de son nom (signe de bras tendus), ∅ intérêt à son entourage.
- stéréotypiés motrices : papillonage des mains, tourne autour de lui ou autour de quelque chose, mouvemts de va et vien, roule la voiture, ...
- regard périphérique "vide", ∅ utilisatⁿ de la minique, expression faciale rare
- ne partage pas les activités.
- trouble des manifestatⁿ des émotⁿ : absence d'échange des émotⁿ.
- résistance au changemt : multiples réactⁿ en cas de modificatⁿ de l'environnemt (Σᵈ d'immuabilité).
- troubles intellectuels : réflexion, imaginatⁿ, apprentissage peu développé

VI - Dc (+) :

- Observance clinique (sémiologique)+++ { - langage+++++ - comportemt - fonctⁿ cognitives
- échelles d'observatⁿ :
  - CHAT
  - CARS
  - ECAN

⚠ il ∃ une correspondance entre séverité clinique et séverité des échelles

⚠ Devant tt trbles du langage E : évoquer l'autisme jusqu'à preuve du contraire

VII - Dc ≠ : avt d'évoquer Dc d'autisme ⇒ éliminer :

- Surdité
  - → Iaire : ATCDs familiaux
  - → IIaire : ex : prise de Tétracyclines (ATB) pdt gsse.

⇒ faire systématiquemt : PEA s/ AG
↑ potentiel évoqué auditif.

comment faire la ≠ :
- Ⓔ sourd ⇒ ∅ regard périph
- Ⓔ autiste ⇒ m̂ s'il entend, il ne répond pas aux stimulis.

⚠ si ∃ surdité + autisme : soigner d'abord sa surdité (appareillage) puis PEC adéquate de l'autisme.

- Cessité, troubles de la vision

⇒ faire systématiquemt : ex. ophtalmologique.

- Causes organiques d'1 retard mental réversible :
  - Phényl cétonurie : trble du métabolisme (inné) d'1 acide aminé
  - H thyroïdie congénitale.

⇒ faire systématiquemt les ex paracliniques nécessaires :
- dosage des Hormones thyroïdiennes
- dosage de phényl alanine ds les urines.

- Stress post-traumatique

⇒ évoquer systématiquemt : un facteur de stress majeur (guerre, catastrophes naturelles, ...).

- dépression, carences affectives ; abandance, mal traitence, parents psychotiques, ...

VIII - les formes cliniques :

• intensité légère : Σd d'Asperger :
- ∅ trbles du langage
- bon fonctionnt cognitif
- ∃ mémoire séléctive (îlôts de compétence) c.à-d : performances exceptionnelles ds certains domaines : mémoire des date, lieux, musique, graphisme
- ∃ trbles émotionnels (pas d'échange des émot°)

• intensité moyenne :
- ∅ trbles du langage

mais - ∃ retard psycho-moteur

• intensité sévère : Σd de Redd : que chez les ♀ +++ : altérat° du chromosome CEMP2.
- bon regard
- absence du langage
- trbles du comportemt
- stéréotypies en aile de papillon.
- décélérat° du périmètre crânien (≈ 3cm)
- cplct° multiples.
- pertes des acquisit° motrices et cognitives
- retard psychomoteur important = retard mental avéré.

• TDE ??? : Dévelopt nle puis perte brutale des acquisit° motrices et cognitives

IX - Evolut° :

• si Dc précoce (avt 2ans) + bonne PEC + bonne maman cothérapeute.

3 évolut° possible
- → ds 60% cas : récup° totale ⇒ Scolarisat° nle totale.
- → Parfois : récup° partielle ⇒ scolarisat° selon âge mental
- → raremt : aucune réponse.

• si Dc tardif, ∅ PEC ou ∅ respect de la thérapie ⇒ évolut° grave
↓
retard mental grave irréversible après 5ans

parfois nécessité d'hospitalisat° ds du jour de pédo

X - PEC selon programme de TEACCH :

C'est une méthode psycho-pédagogique fondée par Eric Shopler (1968)

- Buts ⇒ obtenir l'autonomie de Ⓔ au max.
- Principe ⇒ Stimulat° : appliquée pendant 3 ans
  total : 1000 H
  ↳ thérapeute : 2 h /sem
  ↳ cothérapeute+++ (maman) : 1/2 h / j tjrs.
  (1/3 du programme = 300 h)
  ↓
  formée au préalable 2 h/ mois

↳ 3 principes :
- silence
- disponibilité
- réciprocité

10 chapitres du programme :
- autonomie
- connit°
- motricité fine
- langage - compréhension
- " - expression
- socialisat°
- imitat° +++
- motricité générale
- coordinat° oculo-manuelle
- percept°

Chaque chapitre = 27 lessons.

Ex : 1e lesson : imitat° : dure 6 mois !!!
⚠ âge nle = 1 an

XI - Conclusion :

- Problème de santé publique.
- Dc tj'rs méconnu en Algérie.
- importance de Dc précoce (2 ans) + PEC adéquate (précoce + totale = 1000 H)
- PEC multidisciplinaire : pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, pédiatre, ...
  + longue
- maman cothérapeute+++
- si ∅ PEC ⇒ cplct° majeure : retard mental irréversible à partir de 5 ans

d'où nécessité d'1 Dc précoce à 18 mois.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



Confusion mentale

Définit° : état déficitaire transitoire secondaire à souffrance cérébrale altérant les capacités d'éveil, d'attent° et des pensées du sujet.

- Σd psychiatrique : → versant ⊖ : altérat° de conscience + capacités mentales
  → versant ⊕ : délire onirique.
- Σd somatique : - F°, désH₂O°, oligurie
  - anorexie, dénutrit°
  - trbles du sommeil
  - trbles neuro-végétatifs

Intérêt de la quest° :

- fréqte en pathologie générales + psychiatriques.
- nécessite une hospitalisat° en urgence + pratique ex clinique + // clinique + mise en œuvre TRT symptomatique + étiologique

Clinique :

- Σd psychiatrique :

1) Présentat° du sujet :
- faciès égaré, hébété.
- mimique inexpressive.
- regard vide, flou, lointain.
- tenue : ébaillée, sale.
- propos : incohérents
- gestualités : inadaptée
- agitat° intermittente désordonnée.

2) altérat° des capacités mentales :
- attent° impossible
- Percept° floue
- désorientat° temporo-spaciale : cst.
- troubles mnésiques.
- le sujet lutte contre cet inertie psychique, cet ensemble de R° réalise :
  Perplexe anxieux = cst

3| Délire onirique : "rêve éveillé désordonné" :
- hallucinat° riches : auditives, visuelles, gustatives,...
- illusion, intuit°.
- thèmes délirants :
  - monde professionnel du sujet
  - " animal (zoopsie)
  - d'agression
- le sujet adhère à ses thèmes, possibilité de R° dangereuses : fuite, agitat° agressivité,...
- fluctuat° de la symptomatologie : recrudescence vespérale.

• Σd somatique : IIaire au Σd psychique :
- dés H_2O, céphalées, tremblemts
- trbles du sommeil
- anorexie, dénutrit°
- trbles neuro-vegétatifs : F°, HTA,

Dc ⊕ :

• ς début : vespéral : trbles du sommeil, agitat°, trbles de l'attent°.

• ς d'état : - altérat° des opérat° mentales
- délire onirique.
- atteinte somatique.

• ς évolutive : - favorable s/ TRT
- décès possible
- séquelles : état démentiel de Korsakof

Etiologies :

* Toxiques :

↳ Exogènes
- Alcool
- stupéfiants (Â / sevrage)
- qlq médicaments : ATB, CTC, psychotropes
- Intoxicat° accidentelles : ménagères, professionnelles

↳ endogène
* endocriniennes :
- thyréotoxicose
- H para thyroïdie
- insuff° surrénalienne
- acidose diabé
- H glycémie

* métaboliques :
- IH, IResp
- IR chronique

* infectieuses : tt infect° : virales, B, parasitaires, ...
  ↳ tt affect° fébriles
* neurologiques : Trauma crâniens, T^{R} céréb, AVC, épilepsies.
* psychiatriques : IIaire à trauma psychique intence.

Dc ≠ :
- BD Â
- affect° neuro : aphasie, Σ^{d} Korsakoff, démence
- mélancolie, schizophrénie, hystérie.

PEC thérapeutique :

- le TRT est avt tt étiologique
- TRT sédatif si → agitat° intense
  onirisme entraînant trbles comportemt.

tranquilisants, NLP (Loxapac)
↳ molécules à métabolisme simples
↳ adaptée à étiologie suspectée
↳ posologie adaptée
↳ durée d'act° courte à ↑T.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



Avis de non-responsabilité



Troubles psychotiques aigus et transitoire

Définit° :

troubles psychiatriques d'installat° brutale, constitués d'un tableau délirant riche et polymorphe, l'évolut° est rapidemt et spontant favorable avec retour à l'état psychique ant.

Classif° DSM IV ↗ Trbles psychotiques brefs ↘ trbles schizophréniformes.

c'est une urgence psychiatrique.

Epidémiologie :

- fréquente.
- prévalence ↘ avec âge
- ⊕ rapidemt chez ♂ que chez ♀.

Clinique :

- Ⓟ début : brutale +/- courte période prodromique (insomnies+++)
- Ⓟ d'état :

* Délire+++ :
  - riche, polymorphe, varie d'1 momt à un autre
  - thèmes + mécanismes variables
  - adhésion totale au délire
* angoisse
* dépersonalisat° : ss° de dédoublemt + modificat° corporelle + psychique.
* trbles de l'humeur :
  - humeur très labile.
  - instabilités + fluctuat° d'un moment à un autre
  - oscillat° entre les 2 pôles.
* conscience : glemt conservée, ∅ confusion
* trbles du comportemt :
  - en rapport avec délire vécu.
  - allant de sédat° → agitat°
  - possibilité passage à acte auto / hétéro agressif (potentiel de dangerosité).

+ trbles somatiques : IIaires aux trbles psychiques :

- insomnie
- anorexie
- perte du poid
- désH₂O°
- trbles neuro-végét
- dénutrit°

d'où nécessité bilan : clinique, biologique + Rx
pour → éliminer mdie gle / expositᵒ à subst responsable ↑pt psych
→ écarter CI au TRT d'urgence.

↳ Critères de DSM IV des TPB :

A- ≥ 1 signe dont 1 ou 2 ou 3 doivent ∃ :
① Délire
② Hallucinatᵒ
③ discours désorganisé, déraillé, incohérent
④ comportemᵗ grossièremᵗ désorganisé ou catatonique.

B- durée 1 j → 1 mois + retour complet à l'état psych ant.

C- Eliminer :
- dépression
- trbles bipolaires
- mdie gle
- expositᵒ à subst

↳ Critères de DSM IV des troubles schizophréniforme :
idem + ⑤ signes ⊖ : ↓ expression émotionelle, aboulie
durée 1 mois - 6 mois

De ≠ :
- mdie gle → psychose Â
- expositᵒ subst
- schizophrénie
- trbles délirants persistants (paranoïa)
- confusion mentale
- dépression, trbles bipolaires

Evolutᵒ :
- guérison
- récidive
- passage à chronicité

PEC :
. hospitalisatᵒ
. TRT médical : antipsychotiques 2ᵉ Gᵒⁿ
+/- thymorégul +/- anxiolytiques (si forte anxiété)
(si trbles thymiques imp)
si agitatᵒ imp antipsychotiques 1ᵉ Gᵒⁿ.
. suivi en ambulatoire (informatᵒ du patient + famille
psychothérapie de soutien
surveillance)

TRT durée min 2 ans, l'idéal 5 ans.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat



Les démences

I. Définit°:

Ensemble de maladies neurologiques entrainant une altérat° des fonct° cognitives et ayant un impact sur l'autonomie du sujet âgé.

II. intérêt de la question:

- Problème de santé publique.
- cause majeure de dépendance.

III. étude clinique:

• Phase de début: progressive:

• apparition de:
  - trbles de la mémoire.
  - trbles de la personnalité
  - modificat° des traits du caractère.

• une apposit°, irritabilité, aboulie, déshinibit° peuvent être rapportés par son entourage proche.

• une diminut° des activités et du rendem^t professionnel sont remarqués.

• Σ^d psychiatrique dépressif:
  - sans épisodes antéreurs
  - sans facteurs déclanchants.

  parfois délire

• Phase d'état:

• trbles mnésiques.

• altérat° d'au moin d'une fct° cognitive:
  ↳ aphasie: trbles du langage parlé / écrit sans atteinte organique.
  ↳ apraxie: difficulté de réaliser une act° motrice volontaire sans déficit organiq
  ↳ agnosie: difficulté d'identifier les objets sans trbles sensitifs
  ↳ trbles d'exécut°: planificat°, raisonnem^t, abstract°,...

• rupture avec état ant

le tt évoluant en dehors de tt épisode confusionnel.

IV - Etiologies :

A\ Dégénératives :

- Corticales :
  - mdie d'alzheimer
  - démence à corps de Lewy.
  - atrophie corticale focale
- s/corticales :
  - Parkinson
  - Chorré de Huntington.

B\ Vasculaires : AVC

C\ Autres :

- HDC
- HIC à P° nle
- infect° : Syphilis tertiaire, Primo-infect° VIH.
- Creutzfeldt-Jakob.
- trauma crânien.
- mdie de Wilson
- T^R
- avitaminose B12
- Encéphalopathies hépatique chronique
- mdies de syst évoluées.
- Alcool.

Mdie d'Alzheimer

I) Définit°: la démence la plus fréquente.

démence dégénérative progressive à prédominence corticale.

II) Epidémiologie :

- très fréqte après 65 ans
- motif fréquent de rentrée en institut° et de dépendance.
- Prévalence ↗ avec âge.
- surtt sporadique, rarem^t familiale

III) Physiopathologie :

- atrophie corticale temporo-pariéto-occipitale (dont l'hippocampe)
- dilatat° gle des ventricules.
- élargisst des sillons.
- Histologie : → plaques séniles : accumulat° de prot B amyloïde → destruct° neurone
  ↳ accumulat° intra ¢ de prot tau.

IV) Clinique :

* Début : troubles mnésiques isolés.
* Etat : • aphasie : manque de mots, paraphasie, difficultés de lecture + écriture
  • apraxie : difficultés d'exécuter les tâches quotidiennes
  • agnosie : " d'identifier les objets
  • anosognosie : le patient ignore ses troubles.
  • souffrance cognitive : - négligence sociale (vêtm^ts sales, ...)
    - déambulance nocturne
    - désorientat° temporo-spaciale

+ sans signes de localisat°.

⚠ Formes atypiques : - confusion - délire - agitat°
- modificat° caractère, humeur dépressive, ...

V) Evolut° :

- mdie incurable d'évolut° lente (survie 3-10 ans après Dc)
- handicap progressivt croissant.

⚠ Dc ⊕ : → IRM cérébrale → atrophie corticale (hippocampe+++)
↳ MMSE (score)

+ ex paraclinique minimal : iono, urée, créat, TSH, CRP, bilan hépatique, ...

VI - Prise en charge :

- multidisciplinaire : orthophonie, stimulatⁱ cognitive, Kinésith, ...
  ds : HDJ gériatrique / institutⁱ spécialisée.
- ∅ TRT préventif ni curatif.
- objectifs :
  - amélioratⁱ symptomes cognitifs + activités quotidienne
  - limiter avancée du processus démentiel
  - retarder l'institutionnalisatⁱ du patient
- Moyens :
  - Les inhibiteurs de Choline - estérases : Aricept, Exelon, ..
    indicatⁱ : Alzheimer léger ~ sévère : MMSE : 10 - 26.
  - collaboratⁱ avec proches : maintien à domicile, activités phys + intellectuel,
  - PEC sociale
  - TRT symptomatique : insomnies → hypnotiques légers.
    agitatⁱ → neuroleptiques
    Antidepr

Les états dépressifs

I| Définit°:

C'est un trouble de l'humeur où la tristesse profonde et la DL morale persistent.
C'est un affaiblisst du tonus thymique avec tristesse profonde et durable.

II| Epidémiologie:

- le Σd psychiatrique le plus fréquent.
- 8% des adultes font ds leur vie une dépression dont 20-40% font des TS.
- Prédominance ♀+++
- Peut survenir à n'importe quel âge (adolescence+++)

III| Intérêt de la quest°:

- Problème de santé publique
- très fréquente.
- Risque majeur de passage à l'acte
- Impact économique important:
  - coûts des soins hospitaliers
  - perte de productivité = invalidité.

IV| Clinique:

- **Humeur dépressive:**
  - tristesse profonde prolongée ; désespoir
  - DL morale intense
  - anhédonie: Perte du plaisir et d'intérêt
  - vision pessimiste : autodévalorisat°, culpabilité, incurabilité
  - idées noires, négatives, sentimt d'indignité ⇒ Risque passage à act++
  - anesthésie affective
  - troubles cognitifs : difficulté d'attent°, concentrat°, trbles mnésique
  - désir de mort récurrent.
- **Ralentisst psycho-moteur:**
  - bradyphémie, bradypsychie, discours lent
  - voix monotone, mono corde.
  - amimie, voir mutisme, stupeur, immobilisme.
  - OMEGA mélancolique
  - apragmatisme
  - asthénie, fatigabilité, catatonie.
- **Retentisst organique:**
  - troubles du sommeil
  - Perte / gain du poid
  - trble anxieux
  - trbles de libido.

IV | Dc ⊕ : Critères de DSM V

Ⓐ ≥5 critères pdt ≥ 2sem dont ① ou ② doivent ∃ :

1- Humeur dépressive.
2- Perte du plaisir et d'intérêt
3- Perte / gain de poids.
4- H̄ / H somnie
5- agitat° / ralentiss
6- asthénie, perte d'énergie.
7- autodévalorisat°, culpabilité.
8- difficultés de concentrat°, d'attent°.
9- idées de mort.

Ⓑ altérat° marquée de la vie socio-professionnelle + retentiss^t somatique.

Ⓒ Eliminer mdie gle / subst

Ⓓ " Sx, trbles schizoaffectifs, trbles délirants.

Ⓔ absence d'épisode maniaque / H maniaque ant°.

V | Formes cliniques :

- dépression I : ∅ ATCDs mdie gle / psychiatrique qui explique la Σpt°
- " II : ≠ →
  - mdie gle : endocrinienne, neurologique, ...
  - mdie psychiatrique : psychose, trble anxieux, trbles personnalité.
  - subst
- mélancolie dépressive : forme intense et sévère, Risque de passage à l'acte+++
- dysthymie : dépressions mineurs ds intensité, mais durable ≥ 2 ans.

VI | Etiologies :

- Fact génétiques
- " environnt
- " Neurobio : dysf° transmission des neurotransmett : Sérotonine, adrén
- " endocriniens : axe corticotrope.

VII | Dc ≠ :

- mdie gle
- subst
- trbles bipolaires
- " anxieux
- Psychoses
- Sx
- trbles schizoaffectifs

VIII | Cplct° :

- TS +++
- conduits addictives.
- 〃 à risque
- comorbidités associées
- trbles anxieux
- récidives
- trbles conduits alimentaires
- chronicité.

IX | Evolut° / Pc :

- 1 seul épisode ds la vie
- évolut° cycliques : épisodes récurrents avec rémission totale / partielle entre les épisodes.
- chronicisat°.

X | PEC : approche bio psycho sociale : Hospitalisat°,

- Chimiothérapie : antidépresseurs : tricycliques
  - ISRS
  - ISRNS
  - thymorég
  - +/- NLP sédatifs
  - Bilan préthérap
  - surveillance rigoureuse et stricte.
- Psychothérapie :
  - de soutien : 3 principes : écoute, verbalisat°, dédramatisat° avec relat° empathique et de confiance et de partenariat avec le patient.
  - psychoéducat° de mdie : informer au max le mde sur mdie, TRT, suivi.
  - TCC
  - familiale.
- Mesures sociales :
  - impliquer la famille et les informer sur les difficultés du patient
  - Réinsert° socio-prof
  - démarches pour carte d'invalidité, pension, carte Chifa, ...

but :
- amélioration qualité de vie
- 〃 observance
- 〃 adhésion du mde au TRT, suivi, ...

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat



Etat de stress post trauma

Définit°: ESPT ou névrose de guerre ou névrose traumatique est réatualisée par :
- attentats terroristes.
- conflits armés récents.
- déplacemts de populat°.
- agressions physiques ou sexuelles.
- catastrophes naturelles.

∴ Stress : réponse neurophysiologique que donne le corps à tt demandes qui lui est faite,

peut être
- → adaptée : le sujet a les capacités suffisantes pour faire face à l'évènemt straisant.
- ↳ inadaptée : les défences sont débordées source d'anxiété + dépression.

∴ traumatisme : évènemt brutal entraînant une effract° de l'app. psychique
↓
menaçant la vie de soi m̂ ou celle de l'autrui.
ou l'intégrité physique

Epidémiologie : Problème de santé publique

- frqte
- prédominance féminine
- variable : ≈80% après un viol.
- FDR :
  - sexe féminin
  - ATCDs psychiatriques
  - Personnalité vulnérable
  - Co morbidités
  - trbles anxieux

L'Algérie a reconnu une décennie noir de terrorisme, de plus des catastrophes naturelles : séisme, innondat° de BEO ⇒ ↑ imp de sujets présentants ESPT.

Clinique : Triade :
- Reviviscence
- Evitement
- troubles neurovégétatifs (Hactivité)

installation 1 mois ou + après ET.

① **Reviviscence :**
- ET revécu = cst
- souvenirs répétitifs de l'ET s/forme d'images, perception entraînant un sentiment de détresse.
- Rêves répétitifs de l'ET
- impression soudaine "comme si" l'ET va se reproduire
- détresse psychique imp à l'exposition à des indices ext / int ressemblant à l'ET en cause.

② **Evitement :**
- Evitement persistant des stimuli associées à ET : pensées, sentiments, conversation, endroits, gens, ...
- incapacité de se rappeler un aspect imp du trauma
- ↘ réactivité gle
- sentiment de détachement de l'autrui
- ↘ affects.

③ **Hyperréactivité neuro-végétative :**
- troubles du sommeil
- irritabilité
- difficultés de concentration.
- hyper vigilence.
- troubles psycho-moteurs.

Dc ≠ :
- **état de stress A :** 2j → 1 mois.
  - symptômes dissociatifs : déréalisation, dépersonnalisation, détachement.
  - reviviscence.
  - évitement
  - troubles neurovégét
  - retentissement social imp et invalident.
- **Troubles d'adaptation :** Evènement stressant moins brutal et moins traumatisant : deuil, immigration, séparation, perte d'emploi, ...

∅ reviviscence, baisse des performances sociales au cours de la période stressante nécessitant une période d'adaptation sociale. Risque de TS !!!

Evolut°:

- guérison complète ds 50% cas à 3 mois
  parfois ⊕ parfois ⊖
- rarement évolut° défavorable
- gravité est liée à :
  - → retentisst social
  - → risque de désinsert° sociale + repli.
  - → cplct°: épisode dépressif majeur.

PEC thérapeutique:

④ Mesures préventives : techniques de débriefing : intervent° unique en urgence auprès des sujets victimes d'1 ET (ex : catastrophes naturelles)

→ objectifs :
- → Repérer + traiter les sujets présentant une Réact° Â au stress (surtt les Sptômes dissociatifs)
- → informer les victimes + leurs proches de l'évolut° de leurs Sptomes
- → mise à disposit° d'un soutien psychologique : possibilités d'une écoute pour les personnes désirant de verbaliser leurs sentim ts.

⑤ Mesures thérapeutiques :
- ISRS, Sertaline, Proxetine
- Tricycliques
- BZD
- Psychothérapies :
  - * thérapie cognitivo-comportementale : utilise relaxat°, exposit° graduée aux stimul en imaginaire puis in vivo, ..
  - * Eye mvt desentisat° reprocessing : but : les souvenirs de l'ET aquièrent un statut de souvenirs contextualisés

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



Schizophrénie

I/ Introduct° :

- la schizophrénie est une altérat° de la percept° de réalité
- c'st une dissociat° entre les 3 composants de l'esprit : pensée - affectivité - comportemt.
- c'est une psychose chronique dissociative du sujet jeune entraînant une altérat° marquée de la vie psychique, et, pour conséquence perte de la percept° de la réalité, troubles cognitifs, dysf° sociaux et comportementaux.
- l'origine reste inconnue
- caractérisé par délire nn systématisé, hallucinat° polymorphes, ambivalence, trbls affectifs profonds, avec évolut° vers dissociat° de la personnalité.

II/ Epidémiologie :

- très frqte : 400 000 Sx en Algérie.
- Prévalence ≈ imp : 1%.
- sexe ratio = 1
- début âge précoce : ♂ : 15 - 25 ans, début tardif chez ♀ = 45 ans
- espérance de vie ↓ de 15 ans par rapport à la populat° gle à cause du risque ↑ de Problèmes de santé liés à la pathologie, son TRT ou fréquence des TS.
- 50% des Sx font TS, 15% meurent par suicide.

III) Etiopathogénie :

- FDR :
  - → génétiques : ATCDs familiaux de Sx.
  - → accidents obstétricales : nottament l'hypoxie néonatale.
  - → sexe, âge : chez ♂ : début précoce (fact de mauvais Pc)
  - → saison de naissance : Hiver, début du printemps.
  - → stress ; tension, exigences de performance, ...
  - → statut social : condit° défavorable
  - → " marital.
- Hypothèse polyfactorielle :
  - composante génétique
  - " environnementale : stress, vivre en m̄ urbain, immigrat°.
  - addict° : cannabis+++
  - Neurobio :
    - → ↑ activité dopaminergique ds voie mésolimbique ⇒ signes ⊕
    - ↘ déficit dopaminergique ds cortex frontal + dorsolat ⇒ signes ⊖.

IV) Clinique :

① **Phase prémorbide** : on note une "personnalité schizoïde" :
- caractère rêveur.
- Isolemt social, peu d'amis, pas de relat°, ...
- comportemts inhabituels.
- Idées bizarres
- affecté anle.

② **Phase prodromale** : dure 2-3 ans, forme atténuée de Sx :

↳ Signes ⊖
- isolemt social, abandon
- difficultés de se concentrer sur un travail intellectuel, utiliser concepts abstrêt
  ↓
  chute résultats scolaires
- discours réduit.

↳ Signes ⊕ :
- Idées et percept° bizarres : idées de référence
- préoccupat° délirante pour son corps.
- expériences sensorielles inhabituelles

③ Phase d'état :

A/ Signes (+) :

- Hallucinat° : c'est une percept° sans objet à percevoir

elle peut être :

*/ psycho sensorielle : polymorphes :

- auditives (acoustico-verbale) : mde entend une / des voix qui l'appelent.
- cinesthésiques : ss° d'attoucht, tension, brûlure, ondes traversant le corps.
- visuelles, olfactives, gustatives, ...

*/ intra psychiques : ss° voix / dialogues "ds la tête".

suite à ces Hallucinat°, le mde présente des actes inattendus.

- Délire : le patient est convaincu par une idée en gle erronée du faite qu'elle n'est pas partagée par le grpe social.
  - Délire nn systématisé, illogique, incohérant avec des idées bizarres, invraisemblables, excentrique.
  - Mécanismes variables : interprétat°, Hallucinat°, intuition, imaginat°
  - thèmes différents : mystico-religieux, mégalomaniaques, possession, persécut°, influence, dépersonnalisat°.

- Angoisse : tjrs majeure, intense, peut générer agitat°, stupeur parfois elle est sévère et le mde ne peut pas la verbaliser.

- Agitat° : induite par le délire, l'angoisse, les hallucinat°.

B/ Signes (−) :

- Autisme : isolemt social, retrait, replis sur soi.
- Apathie : émoussemt affectif, indifférence émotionnelle, froideur, aspect figé.
- Apragmatisme : incapacité à agir, anergie
- Anhédonie : perte d'intérêt et de plaisir.

C/ Signes dissociatifs : perte de l'union et de la cohésion de la personnalité.

- Ambivalence : coexistence de 2 idées / concepts / affects ≠ chez m̂ personne
- bizarrerie : du comportemt, maniérisme, rires immotivés, actes insolites, étrangers, dangereux
- Détacht de la réalité ; impénétrabilité.
- incohérence verbale et comportementale : barrage de mots, fading, discontinuité au cours de la pensée

+ trbles cognitifs : - impossibilité de concentrat°, attent°.

V | Dc ⊕ : Selon DSM IV :

Ⓐ ⩾ 2 signes pdt ⩾ 1 mois dont ① ou ② ou ③ doivent ∃ :
- ① Délire
- ② Hallucinat°
- ③ discours désorganisé.
- ④ comportemt désorganisé.
- ⑤ signes ⊖ : ↘ expressivité émotionnelle, aboulie.

Ⓑ Perturbat° sociale ds ⩾ 1 domaine imp.

Ⓒ Durée perturbat° ⩾ 6 mois (dont ⩾ 1 mois Σpt critère Ⓐ)

Ⓓ Eliminer : Trbles schizo affectifs, Trbles bipolaires

Ⓔ " : mdie gle, subst

Ⓕ " : TED

VI | Dc ≠ :
- BDA
- Trbles délirants
- confusion mentale
- ESPT
- Trbles anxieux
- " humeur

\+ - mdie gle
- subst

VII | Evolut°, Pc :
- 25% → bonne évolut° ⇒ réinsert° socio-prof
- 50% → " intermédiaire
- 25% → évolut° grave

• Facts de bon Pc :
- Apparit° à âge tardif
- ñ intellectuel
- soutien familial
- bonne/M̄ condit° socio-éc

• Facts de mauvais Pc :
- début à âge précoce
- sexe ♂
- signes ⊖ prédominants
- résistance aux NLP.

VIII | PEC :

Pdt ϕ aiguë

- Hospitalisat° pour une bonne surveillance physique et psychique du patient + tolérance du TRT.
- antipsychotiques souvent associat° de :
  - " sédatif ⇒ ↘ agitat° (Nozinan*)
  - + " incisif ⇒ ↘ délire + Hallucinat° (Haldol*)
  - +/- thymorégulateur (Lithium*)

→ envisager voie orale, si ∅ observance : voie injecta

- Bilan préthérap : FNS, ECG, bilan hép, ...

TRT long court

↳ Pharmaco : antipsychotiques 2e G° : (Risperdal*) ⇒ peu effets II.

↳ psychothérapie :
- de soutien : écoute - verbalisat° - réassurance - dédramatisat° - individuelle+++ - ne pas critiquer délire du patient, ...
- psychoéducat° de mdie (TRT, suivi, évolut°, ...)
- familiale +++
- TCC (de grpe) pour favoriser einsert° sociale

↳ mesures sociales :
- réinsert° socio-prof°.
- carte chifa, pension, d'invalidité.
- Réadaptat° prof°.
- protect° des biens (Curatelle, tutelle)

Troubles anxieux, TOC

I. Définit° : l'anxiété est une émot° physiologique qui a un rôle adaptatif face aux stimuli habituels ou menaçants

- elle devient pathologique lorsqu'elle est trop intence, inadaptée entraînant un handicap social/professionnel du fait de ses conséq.

II. Epidémiologie :

- touche 12% populat° ⇒ frqte.
- Prévalence : 15-20%.
- associée à trbles dépressifs ds 50% cas.
- prédominance ♀.
- ↗ risques cardio-vx et cérébro-vx.

III. Clinique :

↳ **Symptomes psychiques** :
- inquiétude
- tension
- Peur
- appréhension
- anticipat°
- impatience
- irritabilité

↳ **Symptomes comportem^t** :
- agitat°
- maladresse
- compulsion
- besoin d'aide
- fuite
- évitem^t de situat°/activité
- besoin permanent de réassurance, sédat° (tranquilisants, alcool).

↳ **Sympt organiques** :
- palpitat°, tachycardie, HTA, précordialgies.
- céphalées, DL musculaire, tremblem^t, vertiges, paresthésies
- dépersonnalisat°, déréalisat°, trbles concentrat°, Hypervigilence.
- diarrhées, polyurie, sueurs; trbles du sommeil

IV - modificat° physiologiques :

- stimulat° de la sécrét° adrénaline, noradrénaline, cortisol.
- Hyperventilat° avec hypocapnie IIaire.
- hypervigilence, activat° des fct° cognitives et adaptatives.

V\ Les ≠ types d'anxiété :

- attaques de panique
- trbles paniques
- trbles anxiété glisé
- Phobies sociales
- " spécifiques
- TOC
- R° aiguë au stress
- ESPT.

① Attaques de panique :

- début brutal, parfois nocturne
- durée limitée = qlq min.
- signes somatiques au 1er plan ⇒ consultⁱ en urgences médicales.
- cognitⁱ / idée catastrophique : sentimt perte de contrôle, danger iminant.
- trbles perceptifs : déréalisatⁱ, dépersonalisatⁱ, ssⁱ de déséquilibre.

• idées catastrophiques :

- peur de mourir, avoir une mdie.
- " " perdre équilibre, tomber, faire malaise, perdre connaissance
- " " " contrôle, faire actes irrationnels.
- " " " raison, devenir fou.

• Etiologies : - stimulus phobogène
- isolée chez adolescent.
- amplificatⁱ des ruminatⁱ dépressives.
- subst, médicamt, iatrogène.
- crise de trbles paniques.

② Trouble panique : +/- agoraphobie.

- Début brutal : 25-30 ans (2 ♀ / 1 ♂)
- répétitⁱ de plz crises d'attaque de panique spontannée avec apparitⁱ IIaire de "anxiété anticipatoire" de nouvelles crises.
- anxiété focalisée sur certaines situatⁱ où le sujet craint de se retrouver seul, faire malaise, perdre contrôle (agoraphobie)

* Cplctⁱ : dépression - alcool - invalidité.

- Evolutⁱ fluctuante ds tps.

* Ex de situatⁱ phobogène ds agoraphobie :

- conduite en automobile, avion, transport en commun.
- Hopital, médecin, Dentiste.
- Cinéma, magasin, centre commercial, coiffeur.
- tunnel, ascenceur, hauteurs, endroits fermés, grds espaces, pont
- se retrouver seul, enfermé ou loin de sortie.

③ Trbles anxiété généralisée :

- Evolutⁱ chronique > 6 mois.
- début : âge adulte, engle aprés stress, changemt imp.
- inquiétude, appréhension continue touchant > 3 domaines vie quotidienne : (santé, travail, argent, famille) avec surestimatⁱ de probabilité de survenue d'événemt ⊖.

- Pensées anxieuses incontrolable à l'origine des troubles de la concentrat°, symptômes hypervigilence (insomnie, Tension musculaire, réactivité accrue, fatigabilité)

- Patient ayant une histoire de trbles f°: céphalées, trbles digestifs, rachialgies

④ Phobie sociale:

- Peur de situat° sociales multiples.
- la situat° phobogène est appréhendée, évitée systématiqt ou confrontée à une anxiété majeure.
- retentisst imp: social, prof, affectif
- associée en gle à personnalité pathogène, type évitante.
- début: Ⓔ, ado, chronique.
- amélioration spontanée très rare.
- 1e consult° liée à cplct°: addict°, alcool, dépression.

∘ Aspects psychologiques de la phobie sociale:

- peur de présenter des symptômes de l'anxiété: rougir, tremblemt.
- peur de bafouiller, ne pas savoir quoi dire, avoir air embrassé
- peur des évaluat° ⊖, de ne pas être aimé, apprécié.
- autodévalorisat°, sentimt honte, inadéquat°.
- tendance à interpréter les attitudes des autres comme critique, hostile

⑤ Phobies spécifiques:

- début Ⓔ, frqte.
- n'ont pas tjrs un caractère pathologique.
- anxiété intense survenant immédiatemt et systématiqt après exposit° à un objet/situat° spécifique.
- cette exposit° est appréhendée (anxiété anticipatoire), évitée

∘ Ex: phobie des animaux, sg, inject°, environnt naturel, ...

⑥ TOC:

- début progressif, Ⓔ/ado, frqte; consult° tardive.
- 2 sympt: ∘ obsession: intrusion brutale de pensées impulsives, d'images inappropriées, entrainent un inconfort du fait de leur caractère anxiogène ou inacceptable
  ∘ compulsion: comportemts ou actes mentaux (compter, prier) répétitifs que le sujet est posé à accomplir pour ↓ anxiété

- le patient reconnait la nature path de ses trbles.
- trble interférant la vie affective et les activités quot du sujet (≥ 1h/J)

- comorbidité : tics, dépression, Sx.

⑦ R° aiguë au stress :

- ET : menace de mort ou d'altérat° physique dont le sujet est victime / témoin.
- R° émotionnelle intense.
- ET suivi rapidemt de sympt dissociatifs : confusion, sidérat°, amnésie totale/sélective, dérréalisat°, anesthésie, détacht, dépersonnalisat°, ss° d'engourdisst.
- ET sera revécu (Flash-back, pensées, rêves, impression, impulsion ...) spontanémt ou secondairt à des stimuli spécifiques que le sujet tente d'éviter.
- il existe un état d'alerte anxieux permanent et un retentisst fl.
- R° limitée ds tps : 48h → 4 sem ; atténuat° avec le tps.

⑧ ESPT : après exposit° à agent extrême de stress traumatique.

- R° : peur intense, sentimt d'impuissance, horreur
- symptomatologie après 3 mois (tps de latence) parfois ⊕.
- sympt :
  - souvenirs perturbateurs, cauchmars, reviviscence cst ET (Flash-back
  - trbles du comport : évitemt pensées, sentimt, conversat°, activités, personnes, endroits associés au trauma.

VI. PEC : bio-psycho-sociale :

act° rapide :
- BZD : tranquilisants, anxiolytiques, myorelaxants.
- Antihistaminique (Atarax*)
- BB (Avlocardyl*)

act° lente :
- antidépr (IRS, Tricycliques)
- Psychothropes

Troubles délirants

I\ Définit°:

- trouble psychotique chronique, carractérisé par un délire permanent.
- le délire permanent est différent de la schizophrénie :
  - bien systématisé, logique, cohérent.
  - absence de bizarrerie, trbles dissociatifs, déficits.

II\ Intérêt de la quest°:

- psychose chronique.
- Dc souvent difficile (idée délirante part tjrs de la réalité).
- Potentiel de dangerosité : acte auto / Hétéro agressif.
- préocupat° médico-légale (responsabilité au moment de l'acte).

III\ Epidémiologie:

- Rare : 1-2% consult° psych
- Prévalence : 0,03%
- sex ratio = 1
- Début à âge tardif ; et dure la vie entière.

IV\ Clinique:

- Début âge M, 35-45 ans.
- Personnalité paranoïde : tjrs méfiant, ne pardonne jamais, met souvent en doute la fidélité du conjoint sans explicat°
- Délire : systématisé, logique, cohérent, mécanisme interprétatif, part tjrs de la réalité, centré sur une personne / grpe social.
- touche un secteur précis de la vie psychique, le reste de la pensée est nle.
- délire bien construit, bien organisé, s'ennichit progressivem^t d'interprétat° secondaires, s'étend, mais ne varie pas.

V\ Formes cliniques : selon le thème délirant prédominant.

- Erotomaniaque : convict° d'être aimé par une autre personne.
- de jalousie : convict° que le conjoint est infidèle.
- Persécut° : convict° d'être trompé, surveillé, empoisonné, poursuivi, ...
- somatique : " d'être affecté par une mdie organique.
- mégalomaniaque : convict° de posséder un don spécifique, grde capacité, d'avoir fait une importante découverte.

- mixte : aucun thème délirant ne prédomine.
- non spécifique : le thème délirant prédominant ne peut être identifié.

VI / Dc ⊕ : Selon DSM IV

(A) ≥ 1 idées délirantes pdt ≥ 1 mois
(B) critère (A) de Sx n'est jamais rempli.
(C) absence bizarrerie, troubles comportemt, altérat° de fct° sociale.
(D) éliminer troubles bipolaires, TOC.
(E) éliminer mdie gle / exposit° à subst.

VII / Dc ≠ :

- Sx
- TOC
- mdie gle
- exposit° à subst
- troubles bipolaires
- démences
- délirium Tremens.

VIII / Evolut° et Pc :

- Poussées = recrudescence, exacerbat° du délire
- Rémission
- épisodes dépressifs = risque passage à l'acte.

IX / PEC : bio-psycho-sociale

① Hospitalisat° en poussées surtt si gros trbles comportemt ou en cas périodes dépressives.

② Antipsychotiques 2e G° (meilleur tolérance) Neuroleptiques (Mono/bithérapie)
- voie orale / IM (selon coopérat° du patient)
- bilan préthérap, surveillance de tolérance + effets II, observance+++

parfois Antidépr si trble dépressif ajouté.

③ Psychothérapie pour améliorer adaptat° sociale, qualité de vie, l'observance et ↓ risque de rechutes, informat° de mdie
↳ de soutien / d'inspirat° analytique / TCC

④ Sociothérapie :
- intervenir entourage familial + professionel + informer sur les difficultés du sujet.
- réinsert° socio-professionnelle.

Schizophrénie

I\ Généralités / Définit°:

- c'est une altérat° de la percept° de la réalité
- vient des mots grecs : "schizo" → fractionnemt
  "phrên" → esprit.
- c'est une psychose chronique, avec prédominance de Délire non systématisé, hallucinat° polymorphes, ambivalence, troubles affectifs profonds avec évolut° vers le déficit et la dissociat° de la personnalité.

II\ Epidémiologie :

- frqte : 400 000 schizophrènes en Algérie.
- Prévalence : 1%.
- sex - ratio ≈ 1
- Début à âge précoce : fin de l'adolescence - adulte jeune : 15 - 30 ans
- début tardif chez ♀ : 45 ans.
- espérance de vie ↓ de 15 ans (comorbidités associées, effets II des médicaments)
- Risque de TS +++ : 50% cas.

III\ Clinique : 2 phases : prodromale + phase d'état.

- Début à âge jeune
- On note durant période prémorbide une personnalité "schizoïde" avec les caractéristiques suivants : ↳ caractère rêveur
  ↳ isolemt, peu d'amies, pas de relat° sociales.
  ↳ comportemts inhabituels
  ↳ affecte arle
  ↳ propos inhabituels
  ↳ idées bizarres

1\ Phase prodromale : dure 2-3 ans ⇒ forme atténuée de la schizophrénie.

mode d'entrée ds la mdie peut être :

↳ Â : BDÂ, manie (signes ⊕), dépression (signes ⊖)

↳ chronique : - ↓ rendemt scolaire nn expliqué
- D° des croyances, affectivités
- trbles des conduites

2) Phase d'état : 3 grds ensembles de symptômes qui coexistent chez m̂ personne :

a) Signes ⊕ :

- Hallucinat° polymorphes
- délire nn systématisé, illogique, incohérent, mal organisé.
  - ↳ mécanismes différents : hallucinat°, illusion, intuit°, imaginat°.
  - ↳ thèmes variables : influence, possession, dépersonnalisat°, mégamanie, hypochondrie, ...
- angoisse majeure, très douloureuse.
- agitat°

b) Signes ⊖ :

- autisme : repli sur soi, retrait social, isolemt.
- émoussᵗ affectif, froideur, pauvreté affective, aspect figé.
- apathie : indifférance émotionnelle
- anhédonie : perte du plaisir.
- aboulie : incapacité d'agir ; apragmatisme.

c) Dissociat° : ou discordance : perte de la cohésion et de l'union de la personnalit ds toutes les dimensions : intellectuelles, affectives, comportemts.

- ambivalence : coexistance chez la m̂ personne de 2 idées ≠ : affect (amour/Haine), volonté, intellectuelle (2 concepts ≠)
- Bizarrerie du comportement
- impénétrabilité
- discontinuité au cours de la pensée
- trbles des conduites : gestes insolites, étrangers, dangereux
- ↓ attent° et concentrat°, trbles du langage (néologisme)

IV) Etiopathogénie : plz facteurs sont incriminés :

- génétiques
- âge, sexe
- Infect°
- vie sociale
- statut marital, stress
- environnemt périnatal (hypoxie)

(Neurobiologie) Hypothèse dopaminergique :

- Hyperactivité dopaminergique mésolimbique ⇒ signes ⊕
- Déficit dopaminergique ds cortex frontal et dorsolat ⇒ signes ⊖

V | Dc ⊕ : classificat° DSM IV :

Ⓐ ≥ 2 signes pdt ≥ 1 mois dont 1, 2 ou 3 doivent exister :

① - Délire
② - Hallucinat°
③ - discours désorganisé.
④ - comportemt désorganisé.
⑤ - Signes ⊖ (émousst affectif, aboulie, ...)

Ⓑ Perturbat° sociale ds ≥ 1 domaines imp (scolaire, travail, relat° ...)

Ⓒ Durée perturbat° ≥ 6 mois (avec ≥ 1 mois de symptomes du critère Ⓐ)

Ⓓ Eliminer : trbles schizo-affectifs, trbles bipolaire

Ⓔ Eliminer : mdie gle, exposit° à subst

Ⓕ Eliminer : TED.

VI | Dc ≠ :

- BDA
- confusion mentale
- trbles de l'humeur
- consommat° de toxiques.
- délires chroniques systématisés.
- affect° neuro, endocr, TR, démence, épilepsie
- trbles anxieux

VII | Evolut° :

- 10% décèdent après suicide

soit → poussées
↳ continue
↳ mixte : fond sympt ⊖ permanent + recrudescence sympt ⊕

20% cas ⇒ bonne insert° socio-professionnelle (s/TRT)
50% cas ⇒ formes intermédiaires.
30% cas ⇒ " graves (institutionnalisat°)

VIII | PEC : bio- psycho- sociale.

- Chimiothérapie : NLP, antipsychotique
  - ⚠ Bilan préthérap indispensable : FNS, ECG, bilan Hépatique
    ATCDs allergie, toxicomanie, épilepsie, glaucome
  - hospitaliser ds ♀ Â.
- Psychothérapie : de soutien, de groupe, familiale
- Mesures sociales :
  - impliquer la famille ds le soin
  - Resocialisat°, réinsert° professionnelle
  - mesures de protect° : curatelle / Tutelle

Trbles bipolaires

I \ Définit°:

trouble de la régulat° thymique: fluctuation anormale de l'humeur: succession d'épisodes maniaques (humeur élevée), hypomanie et d'épisodes de dépression.

II \ Epidémiologie:

- frqte, Prévalence 1-2%.
- sex ratio = 1
- début d'âge: 20-30 ans.
- taux de mortalité x2:
  - tentatives de suicide
  - conduites à risques
  - " addictives
  - comorbidités associées (cardiovasculaires, ...)
- 20% décèdent par suicide.
- 70% font des TS.

III \ Clinique:

① Episode maniaque: humeur très élevée, exaltatoire durée ≥1 sem

- euphorie, irritabilité
- exacerbat° affective
- idées de grandeur, surestime de soi, mégalomanie
- insomnie, infatigabilité
- hyperactivité motrice, hypersexualité
- logorrhée, besoin exessif de parler
- fuite d'idées, saut de pensées, tachypsychie
- familiarité exessive, désinhibit°.
- mimique exagérée
- Distractibilité, hypervigilence
- Délire: thèmes: mégalomaniaques, mécanisme: intuit°, hallucinat°

② Episode hypomaniaque: idem, mais durée ≥ 4J

③ Episode dépressif: humeur dépressif, désespoir

- tristesse intence, DL morales
- idées de culpabilité, incurabilité, autodévalorisat°, avenir bouché
- anhédonie: perte du plaisir et d'intérêt
- idées négatives, noires, pessimisme
- ralentisst psycho-moteur: bradyphémie (lenteur du discours), amimie, mutisme,

- asthénie, fatigue, perte d'énergie
- idées de mort réccurentes, idées suicidaires, plans précis en vue de suicide.

IV\ Dc ⊕: critères Dc selon DSM V :

① Episode maniaque :

Ⓐ humeur ↑, expansive, irritée + ↑ activité pdt ≥ 1 sem.

Ⓑ ≥ 3 signes : 1- idées de grandeur
2- insomnie
3- ↑ communicabilité
4- fuite des idées
5- distractibilité
6- hyperactivité, agitat°.
7- engag^t excessif ds activités à potentiel ↑.

Ⓒ Altérat° imp activités socio-prof, nécessité d'hospitalisat°.

Ⓓ éliminer mdie g^le, subst

② Episode hypomaniaque :

Ⓐ humeur ↑ + ↑ activité pdt ≥ 4 J

Ⓑ idem

Ⓒ modificat° des activités socio-prof.

Ⓓ ces perturbat° sont perçus par les autres.

Ⓔ ∅ altérat° imp de vie, ∅ nécessité d'Hosp°

Ⓕ éliminer mdie gle / subst.

③ Episode dépressif :

Ⓐ ≥ 5 signes pdt ≥ 2 sem dont ① ou ② doiv^t ∃ :
1- humeur dépressive.
2- Perte du plaisir et d'intérêt.
3- perte / gain de poid.
4- insomnie / hypersomnie
5- agitat° / ralentiss^t
6- fatigue / perte d'énergie
7- sentim^t dévalorisat°, culpabilité
8- ↓ concentrat°, attent°.
9- idées de mort réccurentes.

Ⓑ altérat° vie socio-prof.

Ⓒ éliminer mdie gle, subst

Ⓓ éliminer trbles schizoaffectifs, schizophrénie, délire

V\ Etiologies : hypothèse polyfactorielle.

- Facteurs génétiques
- " environn^t
- " saisoniers
- " neuro-bio : dés≠ de régulat° des neuro-transmet

VI| Classificat°:

- T.B. type I : succession d'épisodes maniaques + épisodes dépressives
- " " II : " " hypomaniaques + " "
- trble cyclothymique : succession - pdt ≥ 2 ans - d'épisodes hypoman + épisodes dépressives sans que tt les critères soient remplis.
- T.B induit par subst
- " " " mdie gle.
- autres TB = trbles apparentés spécifiés.
- " " " " nn spécifiés.

VII \ Dc ≠ :

- schizophrénie
- trbles schizo affectifs
- confusion mentale
- addict°.
- BDA, hystérie
- mdie gle
- exposit° à une subst
- trbles délirants.
- trbles anxieux
- " de la personalité

VIII \ Evolut° et Pc : mdie chronique incurable.

* ∅ TRT : rechutes fréquentes :
  - court terme : dépression → risque de suicide +++ ; manie → conduites à risque : sexuelles, toxiques, financières, ...
  - long terme : - désinsert° socio-prof
    - conduites addictives
    - " à risque
    - retentisst somatique.
* s/TRT : Pc est bon.

IX | PEC :

- bio-psycho-sociale.
- Hospitalisat° - surtt avec trble comportemt imp-.
- Bilan étiologique + préthérap (éliminer CI).

1| Médical : * Curatif :
- Dépression : - thymorégulateurs : Lithium
  - antidépr : ISRS
  - NLP sédatifs : BZD
- Manie : - thymorég : Lithium
  - antipsychotique.

* Préventif : Rechuts+++ : thymorég pdt années / à vie

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux

Troubles dissociatifs

I/ Définit° Généralités:

- Perturbat° des fonct° normalemt intégrées : conscience, mémoire, identité, environnemt, ...
  soudaine / progr , transitoire / chronique
- Durant cette période, le sujet parle, pense, agit automatiquemt, et garde un souvenirs confus.
- dissociat° = désagrégat° : rétrécisst de conscience + survenue d'un automatisme psychique irrepressible.
- origine = trauma → chronique : ⊕+++ : agression physique / sexuelle, séparat°, ...
  → occasionnel : viol, catastrophe naturelle, grave accident, deuil, ...
- Prévalence = 10 %
- Dc ≠ : - trauma crâniens
  - trouble dû à une mdie gle.
  - effets physiol d'une subst psychoactive.

II/ Les différents types :

A) Amnésie dissociative = psychogène :

- lacune de mémoire durant période +/- longue : incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants (en gle : traumatiques, stressants) : durant qlq j/h, le sujet n'enregistre pas les évènemts de sa vie quotidienne, plus tard, certains élémts de cet évènemts reviennent s/f flash-back.
- causes : - agressions phy / sex°
  - AVP
  - cataclysmes
  - attentat
  - automutilat°
  - TS, crises de violence.
- conség : - souffrance
  - altérat° des fct° sociales, prof°, ...

B) Fugue dissociative = fuite psychogène :

- départ soudain et inattendu du domicile / lieu du travail
  + impossible de se souvenir du passé : le sujet adopte une nouvelle identité, une nouvelle personnalité (oublie son existance ant)
- cette fuite peut être brève / prolongée
- retour volontaire / involontaire + amnésie de la période de fugue.
- ↑ ds périodes stressantes.
- Dc ≠ : - mdie gle
  - subst psychoactive
  - psychose
  - crise épileptique (générsé / partielle)
  - épisode maniaque.
  - simulat°.

C) Trbles dissociatifs de l'identité :

- ≥ 2 identités (états de personnalité) ≠ ds : modalités, percept°, pensées, relat° avec environnt + soi m̂.
  et qui prennent tour à tour le contrôle des comportemts du sujet.
  ⇒ échec de l'intégrat° des ≠ aspects de l'identité ; mémoire, conscience.
- chaque état d'identité a : propre histoire, image de soi, nom, sexe, âge, culture, état civil, état affectif
- passage rapide d'une personnalité à une autre
  déclanché par : stress, modificat° de l'humeur, ...
  + Perte de mémoire autobiographique (état ant).
- parfois associé à : ESPT, trble humeur, trble sexuel, abus subst, TS, ...
- Dc ≠ :
  - mdie gle
  - subst psychoactive
  - trbles anxieux
  - trbles de la personnalité (Border line)
  - épilepsie
  - autres Trbles dissociatifs
  - Trbles factices
  - Sz, psychoses
  - Trbles bipolaires
  - simulat°

D) Trbles dépersonnalisat° :

- sentiment de détacht + impression d'être devenu un observateur externe de son propre fonctionnt mental / corps (comme ds film / rêve).
- appréciat° de la réalité reste intacte.
- cq : souffrance + altérat° f°.
- parfois + impression que le monde étrange, irréel, inhabituel = déréalisat°.
- + : dépression, anxiété, s. somatiques, trbles personnalité.

E) Trbles dissociatifs nn spécifiés :

ex :
- déréalisat° sans dépersonnalisat°.
- états de dissociat° après manoeuvres de persuasion coercitive (lavage de cerveau).
- transes dissociatives propres à certains lieux et pratiques cult / religieuses.

III / TRT :

- surtt : Psychothérapie :
  - * TCC : - aider patient à évoquer les ET
    - réintégrer les souvenirs
    - réadapter ses relat° avec les autres
  - * Hypnose : évoquer ATCDs traum.
  - * EMDP
- TRT pharmacologique : Antidépr, anxiolytique.

Troubles veille / sommeil

I | Généralités / Définit°:

- Le sommeil est une suspent° partielle et périodique, réversible immédiatem^t après
  - ↘ suffisante
  - ↳ rapports sensitivo-moteurs entre organisme et environnem^t.

- TVS : est une plainte subjective très frqte (concerne 1/3 de populat°) → en médecine glé + neuropsychiatrie
  et ↗ avec âge

- TVS
  - → non pathologiques = si : occasionnels + justifiés
    - ↳ ∅ TRT
  - ↳ pathologiques : → prolongés, persistants, intenses
    - → retentiss^t sur la vie quotidienne : - souffrance,
      - abus psychotropes
      - surconsommat° soins méd

- TVS ⇒ triple intérêt
  - ↗ Epidémiologique : très frqte.
  - → Nosographique : plg étiologies.
  - ↘ Thérapeutique : souvent difficile.

II | Rappel physio :

- une nuit de sommeil = altérnance régulière de
  - sommeil calme à ondes lents (SL)
  - sommeil paradoxal (SP)

  = 4-5 cycles (intervalle entre 2 SP = 90-110')

- Rythme V/S est conditionné / 3 horloges
  - ↗ Biologique interne = endogène (mélatonine)
  - → sociale (mode de vie, Horaires de travail)
  - ↘ cosmique (alternance jour/nuit)

- avec l'âge : ↗ ↓ SL + ↘ fractionn^t du sommeil.

- Rôles du sommeil :
  - → SL : - récup° fatigue physique
    - ↗ Σse prot + Hormonale (GH+++) + ↘ syst immun
    - mise au repos du syst Cardio-Vx.
  - ↳ SP : - récup° fatigue nerveuse + résolut° des T° accumulées
    - organisat° + fixat° des inf°.
    - maturat° SN chez Ⓔ ⇒ product° de rêves.

III| Etude clinique :

A| Les insomnies : insatisfact° concernant la qualité du sommeil
+
Répercut° diurne : → Fatigue
→ somnolence diurne
→ trbles mémoire, comportemt, concentrat°, humeur, ...

Selon DSM IV
- → I. épisodique = périodique = occasionnelle = [1mois - 3mois[
- → I. chronique = ≥ 3 mois
  - I : ∅ cause spécifique
  - II : plz étiologies.
- ↳ I. récurrente = ≥ 2 épisodes ds 1 an.

* **I. périodique** : = transitoires
⇒ cause occasionnelle réversible :
- stress psychique : contrariété, deuil, examen
- " physique : DL, mdie physique.
- Fact environnt + Tox : bruit, climat, altitude.
- mauvaise Hygiène du sommeil.

* **I. chroniques primaires** : ∅ cause spécifique :

• Selon DSM IV : Dc ⊕ ≥ 1 critère :
1. - difficultés d'endormisst, de maintien de sommeil + Réveil précoce matinal ≥ 3 nuits / sem pdt ≥ 3 mois.
2. - souffrance imp + altérat° fct° social, professionnel, ...
3. - Eliminer : nacrolepsie, TS lié à resp°, Trbles rythme circadien, parasomnie.
4. - Eliminer autre trble mental.
5. - Eliminer : mdie gle, exposit° à subst

• 3 types :
- ↳ Insomnie psychophysiologique ++++ : insomnie persistante Iaire :
  - Début à l'occasion d'un deuil, séparat°, circonstance pénible + ∅ retour au sommeil nle après disparit° cause.
  - difficultés d'endormisst + trbles maintien du sommeil + hyperréveil.
  - sommeil nn réparateur + échec des tentatives des siestes réparatrices par difficulté d'endormisst (et malgré fatigue).
  - Retentisst diurne
- ↳ insomnie paradoxale : sommeil nle, durée suffisante mais ∅ percept° du sommeil.
- ↳ Insomnie idiopathique : mauvais dormeur depuis ©.

* I. chronique secondaire : δ

↳ mdie mentale+++ :
- Trbles de l'humeur
- Trbles anxieux
- Psychoses (Sx, trbles délirants)
- parfois, elle déclanche trble psychiat.

↳ path. médicale chr :
- Pathologies DL, inf°
- K^R, rhumatisme
- mdie neurologique.
- asthme nocturne
- RGO nocturne
- path endocriniennes
- mdies cardio-Vx.

↳ mauvaise Hygiène du sommeil :
- variat° ds Horaires du sommeil
- siestes diurnes prolongées.
- tps passé au lit excessif.
- stimulants le soir avant de coucher : caféine nicotine, alcool, activité physique.

↳ Effets physiologiques d'une subst :
- Médicaments.
- Toxiques.

Démarche Dc :

*| Interrogatoire : avec patient + conjoint :
- Histoire, chronologie, mécanismes de l'insomnie.
- contexte psychique du patient ; environnt, habitudes, contraintes
- ATCDs path + thérap : trble psych, path médicale chr, médicament pris.
- indices de path du sommeil : ronflemt, pauses resp nocturnes.
- type de difficultés : initiat°, endormisst, réveil intra som, réveil précoce
- Horaires du sommeil, rythme circadien
- Retentisst diurne
- Prise alcool, médicamts (psychotropes+++), subst
- ancienneté des sympt + évolut°.

*| Eliminer un autre dc ≠ :
- Σ^d retard de φ du rythme circadien.
- petits dormeurs (<5h / nuits ∅ retentisst diurne)
- somnolence diurne excessive.

*| Agenda du sommeil : +/- actimétrie

*| Polysomnographie : enregistremt du sommeil

=> buts : identifier fact prédisposants, déclanchants, d'entretien + préciser le s/type.

B/ Hypersomnolence : éveil physiologique abaissé = somnolence excessive.
- retentisst f[l], cognitif, comportemt.
- coût ↑↑ → AVP / absentéisme.

secondaire à → Trble resp au cours du sommeil = SAS (mauvaise qualité du sommeil) / → Hypersomnie d'o. centrale = Nacrolepsie (atteinte du syst d'éveil)

parfois idiopathique.

C/ Trbles du rythme circadien : désynchronisat° entre horaires du sommeil et l'horlogie bio endogène.

D/ Parasomnies : ensemble de manifestat° motrices, verbales, sensorielles indésirables, survenant à l'endormisst, pdt sommeil, à l'éveil : déambulat° inconscientes, cris, pleurs, trbles comportemt, cauchemars, ...

IV / PEC :

insomnies → II ⇒ TRT étiologique +++ / → I ⇒ TRT médicamenteux + nn méd

Mesures nn médicamenteuses : surtt ds formes chroniques.
- conseils d'Hygiène de sommeil :
  - respecter des Horaires réguliers de coucher + lever.
  - Eviter les excitants à partir du déjeuner.
  - ∅ sieste + ∅ stimulant après dîner + dîner lég
  - ∅ conflits avt de se coucher + détente +++
  - éviter de se coucher si c'est pas pour dormir.
- TCC : rétablir le rythme V/S, corriger les mauvaises hab, relaxat°, VT°, ..
- méthodes chrono-bio

Médicaments : Somnifères : m[ts] favorisant le sommeil : BZD, antidépr, hypnotiques, NLP sédatifs, antiHist
↓
- Indicat° restreintes : insomnie A +++
- Effets II nbreux : trbles comport, de mémoire, dépendance, Σd sevrage si arrêt brutal
- ∅ utilisat° à long court : ds formes chroniques ↓ utilisés en cas de recrudescence de l'insomnie.

Trbles somatoformes

I/ Introduct°:

- ensemble de symptômes physiques nn associés à
  - → mdie gle
  - → subst
  - → autre trble mental.

↓ Sévères → souffrance clinique + altérat° fct° prof, social, ...

- début des sympt + sévérité + durée ⇒ étroitemt liés à fact. psycholog
- la + part des patients consultent en médecine gle.

II/ Les types TSF:

(A) Trbles de somatisat°: = hystérie, Σd de Briquet.

- plaintes somatiques multiples, de plz appareils : DL, sympt gastro-intestinaux, sexuels, pseudoneuro
  ↓ exprimées de manière exagérée, dramatique, émotionnelle.
- début avt 30 ans + évolut° chronique.
- ces plaints pour
  - → forme de communicat°, langage, expression émot° pénibles indicibles
  - → obtenir bénéfice II
- terrain : sujets faible n socio-écon + éducatif.
- Dc ≠ :
  - → affect° organique++++ : SEP, Lupus, myasthénie
  - → autres TSF
- Cplct° : invalidité professionnelle.

(B) Trbles de conversion:

- symptômes pseudo-neuro
  - → déficits motricité volontaire
    - → trbles ≠, coordinat°,
    - → trbles marche, stat° debout, paralysie
    - → hypertonie, contractures musc, mvts anormaux
  - → " fonct° sensitivo-sensorielles : cécité, aphonie, hypoesthésie, anesthésie, hyperesthésie, algies diffuses

  ≈ affect° neurologiques.
- les symptômes sont liés à facts psychologiques (stress, conflits)
- Etiopathogénie :
  - → mode de communicat°.
  - → bénéfice II
  - → " I : résolut° d'1 conflit intrapsychique + ↓ anxiété, maintenir ce conflit en dehors de conscience
- "Belle indifférence" : le mlde n'est pas inquiet pour ce trble, comme s'il ne le concerne pas.

Ⓒ Hypochondrie : - crainte ou croyance d'être atteint d'une mdie grave
- fondée sur interprétat° erronée des ss° / Σpt physique
- bilan médical st nle mais mde inaccessible à la réassurance
- durée ≥ 6 mois
- mde bien informé sur la maladie, TRT, parle un langage médical, coopère avec soignants
- fonct° de communicat° avec entourage
- très frqte entre 20-30 ans.
- évolut° chronique, ↗ ds périodes de stress / conflit.
- mde refuse tt PEC psychiatrique.

Ⓓ Trbles douloureux :
- DL ds 1/plz localisat° anatomique ∅ cause organique
  ↳ long suivi médical + grde consommat° médicamenteuse
- Fact psychologiques : déclanchent / ↗ intensité / aggravent la DL
- Evolut° chronique

Ⓔ Peur d'une dysmorphie corporelle "dysmorphophobie"
. préoccupat° concernant un défaut corporel (imaginaire / réel, mais tjrs exagéré
↓
Visage+++ ⇒ - vérificat° ds miroire
- tentative de dissimuler le défaut
- conduits d'évitemt.

. déplacemt d'un conflit intra psych ds corps
. cplct° ↗ retrait social
↘ trbles anxieux + dépressifs.
. incidieuse + chronique
. TRT ⇒ antidépr (ISRS) (chir, dermato, ... ⇒ échec).

Ⓕ TSF in≠ :
. plaintes somatiques fonctionnelles : fatigue, anorexie, gastro-intest, génito-urin ≥ 6 mois

Ⓖ TSF nonspécifié : ne répondt pas au critèrs sus-cités.

III / PEC :
- Tjrs éliminer organicité en 1er lieu
- de préférence chez 1 seul médecin
- Eviter trop d'investigat° cliniques + //cl
- suivi régulier en consult°.
- Expliquer au malade l'origine psychologique des symptômes
- psychothérapie+++ : aider les patients à exprimer leurs émot°, TCC
- TRT symptomatique (non abusif, usage rationnel)
- Antidépr pour trbles humeur, DL
- exercice physique pour fatigue, relaxat°, exercices resp
- Hypnose, psychothérapie familiale+++.

urgences psychiatriques

A\ Tentative de suicide :

Définit°:
- act° de se donner la mort volontairemt.
- mort auto-infligée avec preuve.
- tt acte ayant entraîné la mort de son acteur "suicidé".

Epidemiologie:
- frqte
- ubiquitaire ; retrouvée ds tt sociétés, avec ≠ de moyen.
- touche âges extrême :
  - jeune 15-25 ans +++
  - âgé : rare ⇒ croyance religieuse.

Intérêt de la quest°:
- frqte.
- urgence psychiatrique par excellence.
- mise en jeu du Pc vital du patient
- actuellemt, le moyen le plus inquiétant : suicide collective (croyence sectaire)



- * tentative de suicide : acte incomplet se soldant d'un échec (suicide râté)
- * velléité suicidaire : acte +/- ébauché.
- * menace de suicide : expression exprimée verbalemt ou nn (préparatifs) représentant le projet suicidaire
- * idée suicidaire : représentat° mentale de l'acte
- * suicidaire : celui qui signale le recours à acte suicidaire (formulat° ou comp
- * suicidant : celui qui échappe à son acte autodestructeur.
- * suicidé : celui qui meurt suite à TS.
- * équivalents de suicide :
  - refus prendre TRT en connaissance de mdie
  - refus d'alimentat°.
  - toxicomanies.

Moyens :

↳ traumatiques :
- armes blanches
- armes à feu
- Précipitat°
- écrasemt
- brûlures

↳ asphyxiantes :
- pendaison, strangulat°
- noyade
- gaz
- éléctrocut°

↳ Toxiques :
- drogues
- médicaments.

Etude Clinique :

↳ 3 buts
- → dépistage de récidives +++
- → significat° sémiologique TS.
- → étiologie s/jacente

1) Interrogatoire :

↳ Avec le sujet : conscient / au réveil du coma tox / souffrant de blessures grav

- **modalités de l'acte :**
  - choix du moyen :
    - exécut° facile
    - ↑ d'identificat°
    - procédé spectaculaire / bizarre.
    - brutal / proche de mort naturelle.
  - circonstances de l'acte : lieu - instrument - heure.
- **motivat° :**
  - échec familial / social.
  - conflits
  - carences affectives
  - perte d'un proche
- **état du sujet au moment de l'acte :**
  - raptus anxieux
  - hallucinat°, délire
  - dépersonalisat°
  - désespoir
  - peur
  - dépression.
- **attitude du sujet :** ⇒ évaluer le risque de récidive
  - conscience, n° intellectuel, raisonance affective.
  - soulager de rester en vie
  - satisfait des bénéfices II
  - regret (culpabilité)
  - réticent et rationnalisant son acte.

↳ Avec sa famille :

- ATCDs de TS chez famille + sujet m̂.
- ATCDs psychiatriques du sujet :
  - 1er contact.
  - hospitalisat°.
  - psycho pathologies.
- ATCDs somatiques (éliminer CI TRT urgence).
- revoir les circonstances + fact déclenchants.

2) Ex. compl : en dehors de tt urgence

- EEG
- parfois : enquête psychomédicale par assistante sociale

3) Valeurs sémiologiques de TS :

• Σd pré-suicidaire : triade :
  - ↓ champs de conscience et d'affectivité.
  - ↓ aggressivité
  - fuite vers fantasme suicidaire

• Crise suicidaire : patient ds état de vulnérabilité psychique extrême où le risque du passage à acte suicidaire est imp

• raptus suicidaire : impulsion d'autodestructⁱ° brutal à l'acmé de son angoisse imprévisible.

• R° post-suicidaire :
  - euphorique ⇒ récidive+++
  - irritable, agressif
  - réticent

4) Significatⁱ° du geste suicidaire :

- auto-agressivité.
- vengeance
- chantage
- fuite
- R° catastrophique
- sacrifice

Etiologies :

- dépression+++
- psychoses : → schizophrénie (angoisse, dépersonnalisatⁱ°, paranoïa, trbles humeur)
  → psychoses chroniques non dissociatives
- anxiété (attaques de paniques, trbles phobiques)
- trbles de personnalité
- addictⁱ°
- démences
- Epilepsie → raptus suicidaire.
- mdies chroniques (refus de mdie)

CAT :

*\ après TS :
- ↓ risque somatique
- limiter l'impact du geste (ex : lavage gastrique)
- PEC en urgence ds service Réa, chir, ...
- après écart Pc vital → avis psychiatrie

*\ chez suicidant : Prendre tt idée suicidaire au sérieux.
- interrompre le processus suicidaire.
- chercher fact de risque

*\ Préventⁱ° : Récidives +++
- contact personnalisé
- surveillance 24h + après sortie hopital : 7J +++
- procédures de soins pour patients nn adhérants.
- préventⁱ° au n° socio-familial : créer des ¢ d'écoute, unités spécifiques pour accueillir les jeunes en détresse.
- ISRS, Lithium.

B\ CAT devant état d'agitat°:

Définit°:
- trble du comportemt psycho-moteur
- traduisant un état d'excitat° psychique variable selon fact décl
- manifestat° extérieurs physiques + motrices traduisant une forte T intérieure non supportée par le patient
- perte de contrôle des paroles, actes et pensées.

Intérêt de la quest°:
- fréquente
- urgence psychiatrique type.

Clinique:

1- caractère de l'agitat°: grâce à
- observat° clinique
- écoute (idées, sentimts, émot°)

2- établir un contact avec patient:
- manuel (prdre TA, T°, ...)
- verbal

3- interrogatoire avec l'entourage:
* ATCDs médico-psychiatriques personnels et familiales.
* biographie du sujet: traits saillants de sa personnalité, comportement avant l'accès, ...
* circonstances de survenue de l'accès, fact déclanchants.
* mode de vie, relat° avec famille...

4- Recherche de l'étiologie grace à:
↳ l'interrogatoire avec l'entourage
↳ examen psychiatrique: mode de présentat° du sujet.
- état corporo-vestimentaire.
- expression du visage
- état de la mimique
- n° de vigilence + conscience
- l'humeur
- langage + pensée.
- présence d'hallucinat°, délire.

• en gle: 3 présentat°:
- ↳ paranoïaque délirant: sucite la discussion + l'argumentat°.
- ↳ maniaque: amuse + attire la sympathie.
- ↳ confus: exprime et contamine son perplexe

↳ ex. somatique : indispensable
tjrs prendre les constantes : TA, T°, π, FR.

Ex. paracliniques :

systématiquemt : FNS, VS, iono, glycémie, FO.
fct° étiologie suspect : Bilan rénal, hépatique, cardio-Vx.

Etiologies :

- Accès maniaque
- confusion mentale
- démenses
- psychoses délirantes : Bouffés délirants, schizophrénie paranoïde
- Epilepsie
- Anxiété
- psychothérapie, déséquilibre mental
- intox° méd, profess, toxicomanie Â, sevrage, ...

Dc ≠ :

- Etat de mal épileptique, épilepsie Â.
- dyskinésie + akinésie ds Parkinson
- chorrhée Â / chr
- athétose

Prise en charge :

- isoler le patient de son entourage
- garder bonne distance (∅ effract° espace péricorporel)
- rapprocht progressif.

Potentiel de dangerosité : s'assurer de présence d'1 nbre suffisant d'aides :

- contension nn brutale et nn traumatisante.
- restaurer la sécurité + confiance.
- trosse médicale de l'urgence +++
  1° : TRT sédatif en urgence, sur lieux m̂ de l'agitat°.
- hospitalisat° ds service spécialisé.
- 2e : TRT étiologique : ↳ Epilepsie : Valium*, NLP
  ↳ confusion : isolemt, reH2O° orale, vit B1 IM, TRT étio, surveillance.
  ↳ schizophrénie : NLP parentérale, Loxapac si résist éléctrochoc
  ↳ manie : NLP sédatifs, Loxapac.